### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | INTERNATIONAL LIFE ΑΕΓΑ ΥΠΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗ | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | Τηλ: | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: |  | | | | | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου  (Εmail): | |  | | | | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπό την ιδιότητα του νομίμου εκπροσώπου της Εταιρείας με την επωνυμία ……………………………………………………………………ΑΦΜ:…………………… Δ.Ο.Υ:……………………… ότι:

*Τα παραπάνω στοιχεία μου είναι πραγματικά, το ΑΦΜ μου είναι …………………………………..……………,Δ.Ο.Υ. …………………………..................., συναινώ στη διαδικασία προσωρινής διανομής για τις ασφαλιστικές περιπτώσεις που καλύπτονται από τα συμβόλαια υπ’ αριθμόν……………………………………………………….και επιθυμώ να πιστωθεί οιοδήποτε ποσό κρίνει ο ασφαλιστικός εκκαθαριστής στον υπ’ αριθμ. ………………………………….λογαριασμό με IBAN …………………………………………………. της τράπεζας …………………...……………..…. στον οποίο τυγχάνω δικαιούχος (ή συνδικαιούχος) και αποδέχομαι την επιβάρυνση του τραπεζικού μου λογαριασμού με το σύνολο των εξόδων. Αναγνωρίζω ότι το ποσό των ……………….για το οποίο εντάχθηκα στην Κατάσταση Δικαιούχων Απαιτήσεων από ασφάλιση (ΚΔΑ) μετά από υποβολή αναγγελίας ή/και μετά από έκδοση τελεσίδικης δικαστικής απόφαση, είναι το ποσό που δικαιούμαι από την υπό ασφαλιστική εκκαθάριση εταιρεία International Life ΑΕΓΑ. Δηλώνω ότι το ποσό για το οποίο έχω ενταχθεί στην αρχική ΚΔΑ, δεν είναι το συνολικό ποσό που θα εισπράξω από τον ασφαλιστικό εκκαθαριστή κατά τη διαδικασία της διανομής αλλά ποσοστό της συνολικής αναγνωρισθείσας απαίτησης. Υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα πραγματοποιηθεί άλλη διανομή στο πλαίσιο σύμμετρων καταβολών προς όλους τους δικαιούχους, δηλώνω ότι με την καταβολή του ποσού της τρέχουσας διανομής ικανοποιούμαι πλήρως και ολοσχερώς ως προς την απαίτησή μου κατά της υπό εκκαθάριση εταιρείας, του παρόντος επέχοντος θέση ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟΥ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ της προνομιακής απαίτησής μου κατά της ασφαλιστικής εκκαθάρισης.*

*Αποδέχομαι τον συμψηφισμό της εις βάρος μου δικαστικής δαπάνης με το συνολικό αναγνωρισθέν ποσό και αναγνωρίζω ότι η επιδικασθείσα υπέρ μου δικαστική δαπάνη δεν ικανοποιείται ως προνομιακή απαίτηση στο πλαίσιο της ασφαλιστικής εκκαθάρισης, σε κάθε περίπτωση παραιτούμαι από αυτήν. Αποδέχομαι ότι σε περίπτωση που η αναρτηθείσα στην ΚΔΑ απαίτησή μου περιλαμβάνει τόκους ή/και δικαστική δαπάνη, οι καταβολές, στις οποίες θα προβεί η ασφαλιστική εκκαθάριση, θα καταλογίζονται πρώτα στο κεφάλαιο και, εάν αυτό εξοφληθεί, τυχόν εναπομείναν υπόλοιπο θα καταλογιστεί στις λοιπές οφειλές. Αποδέχομαι ότι οι επιδικασθέντες τόκοι υπολογίζονται μέχρι τη θέση της εταιρείας σε ασφαλιστική εκκαθάριση και σε κάθε περίπτωση παραιτούμαι από τους τόκους για το μετέπειτα χρονικό διάστημα. Συναινώ ο ασφαλιστικός εκκαθαριστής, σε περίπτωση που το κρίνει, να γνωστοποιήσει τα ποσά για τα οποία έχω ενταχθεί στην ΚΔΑ καθώς και τα ποσά που εισπράττω σε οποιαδήποτε δημόσια αρχή (Δ.Ο.Υ, ΤτΕ, Υπουργείο Οικονομικών κλπ). Δεν έχω εκχωρήσει την ανωτέρω απαίτησή μου προς οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο. / Έχω εκχωρήσει την ανωτέρω απαίτησή μου προς τον/την….…..……………………………………………………………………σε ποσοστό …..….%. Δεν έχω αποζημιωθεί από τρίτον για την απαίτηση που διατηρώ κατά της ασφαλιστικής εταιρείας, ούτε αξιώνω δικαστικά ή εξώδικα την είσπραξη αποζημίωσης από οιονδήποτε τρίτον. Συναινώ στη διαδικασία συλλογής, επεξεργασίας και αρχειοθέτησης δεδομένων προσωπικών χαρακτήρα από τον ασφαλιστικό εκκαθαριστή και τους προστηθέντες του, που είναι απαραίτητα για τη διαδικασία προσωρινής διανομής καθώς και στη διαβίβασή τους σε κάθε αρμόδια Αρχή.*

Ημερομηνία: ……….2023

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.